

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1937

N°

THÈSE

890

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme Universitaire*)

PAR

Roberto BUSO CARRASQUILLO

Né le 8 Octobre 1912 à Humacao (Puerto-Rico)

**Du Pityriasis Versicolore
et de son traitement
par le Savon Naphтол Soufré**

Président : M. H. GOUGEROT, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1937

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Roberto BUSO CARRASQUILLO

Né le 8 Octobre 1912 à Humacao (Puerto-Rico)

Du Pityriasis Versicolore et de son traitement par le Savon Naphtol Soufré

Président : M. H. GOUGEROT, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur

13, Pass. Trubert-Bellier

PARIS (XIII^e)

1937



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie.	LÉON BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	POLONOVSKI.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.	N.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux.	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses.	GOSSET.
Clinique chirurgicale.	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	MARON.
Clinique d'accouchements.	LÉVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Clinique cardiologie.	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale.	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LEMAIRE.	Pathologie expérimentale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.	M ^{lle} J. LÉVY.	Pharmacologie.
BOULIN.	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiâtrie.
BULLIARD	Histologie.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.	Physique.	MOUQUIN.	Pathologie médicale.
FEY.	Urologie.	OBERLING.	Anatomie pathologique.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD.	Parasitologie.	PIÉDELIÈVRE.	Médecine légale.
GASTINEL.	Bactériologie.	PORTES.	Obstétrique.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.	RENARD	Ophtalmologie.
GAYET.	Physiologie.	RICHET.	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	SANNIÉ.	Chimie biologique.
GIROUD	Histologie.	SÈNÈQUE.	Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU.	Pathologie médicale.	TROISIER.	Pathologie expérimentale.
HALPHEN.	Oto - rhino-laryngologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
HAZARD.	Pharmacologie.	VIGNES	Obstétrique.
HUGUENIN.	Anatomie pathologique.	WILMOTH.	Pathologie chirurgicale.
JOANNON.	Hygiène.		
LACOMME.	Obstétrique.		
LANTUÉJOUL.	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEROUX.	Anatomie pathologique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	PHILIBERT	Bactériologie.
		VAUDESCAL.	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN. . .		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT. . . .	
CHABROL. . . .		GATELLIER. . .	
DONZELOT. . . .		HEITZ-BOYER. .	
DUVOIR.		MOURE.	
LIAN.		QUENU.	
PASTEUR-VAL-		SCHWARTZ. . .	
LERY-RADOT.		VELTER.	
SÉZARY.			
	MM.		
	ECALLE.	} Clinique obstétricale.	
	METZGER.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUFFE.	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMORIA VENERADA DE MI PADRE

Y DE MI HERMANO

A MI MADRE

A MIS HERMANAS

A MI FAMILIA

A MIS AMIGOS

A Monsieur le Docteur H. GOUGEROT,
Professeur de Clinique Dermatologique
à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le
témoignage sincère de notre pro-
fonde reconnaissance et de notre
admiration.*

A MON MAÎTRE,
Monsieur le Docteur A. SEZARY,

Professeur Agrégé
à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Hommage d'admiration pour le
bel enseignement de la pratique
dermatologique qui a été pour nous
une source précieuse d'instruction.*

A Monsieur le Docteur FELSENSWALB

*Qui nous a inspiré l'idée de cette
thèse, et qui nous a consacré si gé-
néreusement son temps et les faci-
lités de sa consultation, toute notre
reconnaissance.*

A TOUS MES PROFESSEURS
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A TOUS MES MAITRES
DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

S'il est vrai qu'un cas rare dans le domaine de la Médecine suscite toujours un grand intérêt de la part des médecins, avides de s'instruire et de contribuer à l'éclaircissement des notions complexes et mal connues, il est aussi vrai que les questions pratiques, même les plus simples, passionnent le génie médical au plus haut degré.

Il nous a été donné d'observer fréquemment des sujets atteints de pityriasis versicolore qui suivent pendant longtemps les traitements rationnels qu'on leur ordonne, et qui, néanmoins, n'arrivent pas à se débarrasser de leurs champignons. Nous en avons vu qui ont grand-peine, même à se faire blanchir de leurs taches.

C'est pourquoi nous avons décidé d'essayer le savon naphthol soufré, déjà connu et préconisé par M. Darier contre cette dermatose. Nous nous empressons de dire, donc, que cette méthode n'est pas personnelle, et qu'elle n'est pas une nouveauté ; mais nous croyons qu'elle n'est pas assez répandue dans le corps médical. Si nous tenons à ce qu'elle soit con-

nue, c'est parce que, après avoir eu l'occasion d'observer plusieurs cas à la consultation externe de la Clinique Dermatologique de l'Hôpital Saint-Louis, les résultats obtenus nous ont pleinement convaincu de son efficacité.

Dans les pages qui vont suivre, nous ne nous attarderons pas outre mesure à l'étude clinique, anatomique et étiologique de cette affection. Tout au plus ferons-nous un court aperçu à ce sujet, pour nous arrêter davantage sur les procédés thérapeutiques, en insistant particulièrement sur celui employé par nous.

LE PITYRIASIS VERSICOLORE

Le pityriasis versicolore est une affection mycosique de l'épiderme très courante, produite par un champignon parasite de l'homme, le *Microsporon* ou *Malasszeria furfur*, et qui se caractérise cliniquement par des taches finement squameuses de couleur café au lait.

HISTORIQUE

Les anciens auteurs connaissaient déjà cette maladie, alors même que sa nature parasitaire n'était pas encore déterminée. C'est Willan qui, le premier, en 1808, lui donna le nom de *pityriasis versicolor*. Mais bien avant lui, elle avait été décrit par d'autres auteurs sous des dénominations différentes. Au ^{xvii}^e siècle, Sennert en donna une très bonne description sous le nom de « *macula hepatica* », en raison des théories alors en cours qui rattachaient ces taches à une affection du foie; cependant, il eut bien soin de la séparer des taches pigmentaires, du *cloasma*, du *lentigo*, et il insista sur le fait que les taches n'apparaissaient que sur les régions du corps qui ne sont pas découvertes.

Les dermatologistes du commencement du ^{xviii}^e siècle ont donné divers noms au *pityriasis versicolore*, entre autres: *éphélide lenticulaire*, *squame furfur*, *panne hépatique*, ou « *liver spots* ». On voit bien par toutes ces dénominations quelle confusion régnait à cette époque à propos de la symptomatologie et de la pathogénie de cette affection, et surtout le rôle capi-

tal attribué aux troubles digestifs, et à la glande hépatique en particulier.

En 1846, la découverte du microsporon furfur par Eichstedt eût dû mettre fin à ces controverses et classer le pityriasis versicolore parmi les dermatomycoses d'une façon définitive. Il n'en fût rien tout d'abord; Bazin déclarait que « le chloasma, les éphélides lenticulaires, les taches hépatiques, le pityriasis nigra, versicolore, ne sont dû qu'à un seul et même champignon, le microsporon furfur d'Eichstedt, ou mieux, épidermophyton; l'un occupe toujours le visage, l'autre se fixe plus volontiers sur le tronc ». Devergie admettait aussi l'identité du pityriasis et de la tache hépatique, et considérait la présence du parasite dans les taches pityriasiques comme tout à fait secondaire et sous la dépendance d'un trouble plus ou moins marqué des fonctions digestives et biliaires. Il insistait sur la coïncidence fréquente de la dermatose avec la gastralgie et la tuberculose pulmonaire, et préconisait la médication interne.

A l'heure actuelle, l'identité de cause et de nature du pityriasis versicolore, du masque de grossesse, et des taches hépatiques, est reconnue comme absolument erronée par la clinique aussi bien que par le laboratoire. Les auteurs sont unanimes à admettre que le pityriasis versicolore est une affection parasitaire bien déterminée, qui rentre dans un cadre nosologique bien net, celui des dermatomycoses.

SYMPTOMATOLOGIE

Le pityriasis versicolore est une maladie purement et simplement cutanée, sans aucun signe général, d'un diagnostic facile. L'agent pathogène n'attaquant que strictement les couches superficielles de l'épiderme, la symptomatologie de l'affection se trouve réduite aux lésions qu'il y produit.

Les taches qui le caractérisent ont une morphologie et une grandeur extrêmement variables; depuis les simples petits points arrondis jusqu'aux grands placards à contours irréguliers, festonnés, en carte géographique. Cependant, elles sont toujours très bien limitées, et leurs bords sont très nets.

Ces plaques sont en général de couleur café au lait, à teinte plus ou moins foncée; ainsi on les voit prendre parfois une coloration jaunâtre, ou jaune sale, ou chamois, ou fauve, ou même un peu rosée. Ces différences de teinte s'observent fréquemment d'un sujet à l'autre, d'une tache à l'autre sur un même sujet, une seule lésion même peut être colorée différemment à divers moments. C'est pour cette raison qu'on les nomme versicolores.

Il est intéressant, toutefois, de remarquer que cette apparence hyperchromique se voit chez les individus de race blanche à peau normale. Elle est absente chez les sujets dont la pigmentation de la peau est plus ou moins exagérée. Prenons un malade qui se fait brunir par des bains de soleil par exemple, le pityriasis versicolore apparaît sous forme de taches plus claires que la peau saine, qui ont une allure plus ou moins achromique. Chez les races de couleur il en est de même.

A la simple inspection, comme d'ailleurs au palper, ces plaques sont généralement planes, ou très peu saillantes, et leurs bords font alors des saillies presque imperceptibles. Généralement, ces lésions sont légèrement squameuses, farineuses; d'ailleurs, leur nom l'indique bien, pityriasis signifiant: existence d'une desquamation fine, furfuracée. Parfois, néanmoins, elles peuvent sembler complètement lisses, et ce n'est qu'en grattant qu'on se rend compte de l'existence réelle de squames épidermiques. En effet, d'un simple coup d'ongle ou de curette sur une de ces taches, on peut enlever sans saignement un lambeau d'épiderme qui desquame: c'est le signe du copeau, considéré comme pathognomonique de l'affection. Ce fragment épidermique est farci de champignons parasites qui permettent aux couches cornées superficielles de glisser sur les assises plus profondes de l'épiderme.

Le pityriasis versicolor, en principe, peut atteindre n'importe quelle partie du revêtement cutané, à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds. Mais, en général, il a une prédilection manifeste pour les régions du tronc. Là encore, c'est à la partie supérieure du thorax qu'il a son point d'élection. Il débute en effet ordinairement sur le haut de la poitrine, tantôt sur les régions latérales, tantôt surtout vers la partie médiane de la face antérieure. Il peut rester localisé à ces endroits, mais d'habitude, il s'étend; il gagne alors vers les régions sous et sus-claviculaires, les épaules et les bras, le dos, ou bien il descend vers les flancs, l'abdomen et les racines des cuisses. Il peut gagner les lombes, plus rarement les jambes, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on le trouve au cou, à la face, ou entièrement généralisé à toute la surface cutanée. Cette extension peut se faire d'une façon insensible et lente, ou bien par poussées entrecoupées de rémissions plus ou moins espacées.

La présence du parasite, cantonné à la couche cornée de l'épiderme, ne donne lieu, le plus souvent, à aucun prurit, ni à aucune réaction inflammatoire. Les poils ne sont pas touchés.

EVOLUTION

Le pityriasis versicolore est une affection qui dure très longtemps, pour ainsi dire indéfiniment. Cependant, elle doit guérir avec l'âge spontanément, car on ne la rencontre guère chez les vieillards. Son évolution est singulièrement influencée par la malpropreté des individus; c'est ainsi qu'on la voit progresser sous l'influence de la sueur et de l'absence d'ablutions, ou rester stationnaire dans les conditions inverses. Signalons enfin sa tendance manifeste aux récives, dont il faut tenir compte quand on fait le traitement.

FORMES CLINIQUES

A côté de la forme typique du pityriasis versicolore, on rencontre très souvent des formes atypiques, parmi lesquelles nous avons déjà cité la forme achromique. M. Gougerot et ses collaborateurs ont démontré qu'il s'agit bel et bien d'achromie vraie, et non pas de pseudo-achromie par contraste, car le plus souvent la peau au niveau des taches n'est pas normale, mais hyper-résistante à l'action du soleil et des rayons ultra-violets. Cette achromie peut apparaître tardivement après une insolation (15 jours), être d'emblée achromiante, se multiplier en deux ou trois semaines en détruisant le pigment au fur et à mesure qu'elle s'étend, puis s'arrêter et guérir spontanément, contrastant ainsi avec la ténacité, du pityriasis versicolore typique des régions couvertes.

Pour d'autres auteurs toutefois, l'épidermomycose provoquerait l'achromie sur les peaux hyperpigmentées par l'action du soleil tout simplement par son action protectrice contre les rayons solaires. Les squames épidermiques, les mycéliens et les spores, serviraient d'écran aux radiations lumineuses et ultra-violettes.

Il existe aussi des formes érythémateuses et érythémato-squameuses sur peau normale, qui passent le plus souvent inaperçues parce que leur teinte est presque normale, et qui peuvent entraîner des erreurs de diagnostic parfois considérables.

Enfin, à côté de ce pityriasis versicolore vulgaire que nous venons de décrire, il existe un pityriasis versicolore tropical, appelé encore: achromie parasitaire à recrudescence estivale de Jeanselme, ou « *tinea flava* », ou encore « *hoditopsy* ». Il est très fréquent dans les pays chauds et surtout en Extrême-Orient. Ses taches caractéristiques sont de couleur jaunâtre, à peine squameuses, et siègent le plus souvent sur le haut du thorax, le cou, le menton et la face. L'agent causal est aussi un champignon, le *Malassezia tropica* de Castellani, qui ne serait que le même *Microsporon furfur*. Son évolution est très lente, et on la considère comme une dermatose très difficile à guérir.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des formes typiques du pityriasis versicolore est, en général, des plus aisés. Ce sont surtout les formes atypiques qui ont pu être confondues avec les différentes variétés de roséole, les eczémati-des, le pityriasis rosé de Gibert, l'urticaire pigmentée, les syphilides pigmentaires, et avec toutes les dyschromies en général, y compris le vitiligo et la lèpre. Le signe du copeau permettra de reconnaître très rapidement le pityriasis versicolore. L'examen microscopique lèvera tous les doutes.

HISTOLOGIE ET PARASITOLOGIE

Dans l'immense majorité des cas, l'analyse histologique du pityriasis versicolore est facile. Il suffit de transporter sous le champ du microscope la lamelle épidermique obtenue par le grattage d'une plaque et placée dans une solution de potasse ou de soude à 20% ou 40%, pour déceler la présence du parasite. En écrasant convenablement la lamelle, on peut faire immédiatement le diagnostic. Si l'on veut obtenir de belles préparations, on n'a qu'à dégraisser à l'éther, et ensuite colorer à l'éosine ou au violet de Paris.

Le meilleur procédé pour l'examen au microscope consiste à se servir d'un grossissement de 200 à 500 diamètres. Le champignon est d'ordinaire si abondant, qu'on le reconnaît immédiatement, grâce aux dispositions caractéristiques qu'il présente. Il apparaît sous la forme de grappes, d'amas de spores plus ou moins circonscrits, et reliés entre eux par des mycéliens irrégulièrement disséminés parmi les cellules épidermiques.

Le volume des amas de spores est très variable; on peut compter de cinq à trente spores dans une grappe.

Parfois, la végétation sporulaire est tellement abondante, que les spores forment une nappe continue sur toute l'étendue de la préparation. Dans les coupes colorées, on reconnaît facilement que les spores, de forme arrondie, sont constituées par un noyau grenu, engainé dans un protoplasme homogène et transparent, et par une membrane à double contour. Les mycéliens, de leur côté, présentent un ensemble de caractères très importants. Ils sont courts, peu flexueux, droits, ou au contraire fortement recourbés en U; ils sont peu ramifiés, isolés, ou placés bout à bout, et présentent la même composition que les spores. On voit fréquemment ces filaments renflés à leurs extrémités, au niveau desquelles se trouvent une ou deux spores; des segmentations de leur contenu sont aussi visibles.

Chose assez singulière, la culture du *Microsporon furfur* paraît offrir de grandes difficultés. Pourtant, Matzenauer, Ota et Nicolle l'ont réussie, ce dernier sur gélose glycinée. Il paraît très vraisemblable que les éléments se reproduisent aussi bien par l'intermédiaire des tubes que par celui des spores. Celles-ci s'allongeraient et donneraient naissance aux filaments, lesquels produiraient les spores en se renflant et en se divisant.

Le parasite occupe un siège bien déterminé: il ne dépasse pas les couches de l'épiderme, lesquelles sont entièrement envahies. Il pénètre donc très peu dans le corps muqueux et s'arrête à ses limites. Le stratum

corneum est en quelque sorte infiltré par le Microsporon, qui le gonfle, le fait paraître saillant, lui donne un aspect mat, terne, dissocie les divers plans des cellules épidermiques qui le composent, et diminue son adhérence au corps muqueux.

Il est à noter que la végétation du pityriasis versicolore, si abondante qu'elle soit, ne pénètre jamais les poils, alors même que ceux-ci restent en contact indéfini avec le microphyte et que l'épiderme de l'infundibulum pileaire et de l'ostium des glandes sébacées est infiltré par le Microsporon. Ce dernier fait explique les repullulations incessantes de la végétation parasitaire, à cause de la difficulté de faire éliminer en même temps l'épiderme de toutes ces cavités. Nous reviendrons plus loin sur ce point à propos du traitement qui nous intéresse.

ETIOLOGIE

L'étiologie du pityriasis versicolore est assez mal connue. C'est une affection cutanée courante, frappant surtout l'adulte des deux sexes, peut-être avec une prédilection pour l'homme. On la voit très rarement chez les enfants et chez les gens âgés. On aurait tendance à croire qu'elle exige un terrain spécial, ainsi on a prétendu que les sujets adipeux et dyspeptiques y étaient prédisposés. De même, on prêtait autrefois une grande importance au rôle du terrain tuberculeux. On a été jusqu'à penser qu'il existait une parenté entre le bacille de Koch et le *Microsporon furfur*. On est d'accord aujourd'hui pour dire que la fréquence de cette parasitose n'est pas beaucoup plus grande chez les phthisiques que chez les individus indemnes de toute tuberculose évolutive. Tout au plus peut-on accorder un rôle minime au terrain bacillaire comme facteur adjuvant. C'est l'abondance de la transpiration, la rareté de bains, ainsi que l'usage de sous-vêtements de flanelle, qui favorisent le développement du parasite chez ces malades.

La contamination et transmission du *Microsporon furfur* à l'homme reste toujours un point assez

obscur. A vrai dire, le pityriasis versicolore paraît peu contagieux. Bien que quelques cas typiques de contagion chez des conjoints soient connus, il est très rare de voir une famille contaminée par l'un de ses membres atteint de cette épidermomycose. Expérimentalement, c'est avec grande peine que Kobner, en 1864, a réussi à l'inoculer au lapin et à s'infecter lui-même. D'après lui, la période d'incubation serait au moins de trois ou quatre semaines. Ce fait, d'ailleurs, est resté unique dans les annales de l'histoire de cette maladie.

TRAITEMENT

Avant de signaler les différentes méthodes thérapeutiques employées à l'heure actuelle contre le pityriasis versicolore, nous tracerons en quelques lignes les bases fondamentales sur lesquelles reposent ces traitements. Elles sont, en effet, les principes de la thérapeutique des dermatomycoses en général.

On connaît la facilité relative de destruction des parasites d'ordre animal par certains produits. Les médicaments usités agissent directement sur ces parasites sans toucher aux tissus qui les hébergent. Ce sont donc de parasitocides, actifs seulement par leur action directe sur les animaux inférieurs.

Il n'en est pas de même pour les parasites végétaux; ceux-ci sont infiniment plus résistants à tous les agents toxiques ou caustiques, sans exception, que les cellules épithéliales de tout ordre qui sont leur aliment et leur champ de culture. On peut dire qu'il n'y a pas d'autre issue possible pour ces cellules que leur destruction; que leur élimination est indispensable, et c'est grâce à elle surtout que la guérison de la mycose peut être acquise. Guérir donc une dermatomycose,

c'est surtout éliminer les parties envahies, ou tout au moins les rendre impropres à la culture du parasite.

Lorsque le parasite végétal, qu'il soit *Microsporon*, *trichophyton*, ou *favus*, occupe seulement la couche cornée plane de l'épiderme, la destruction immédiate est d'une extrême facilité à l'aide de tous les agents éliminateurs de cette couche cornée: savons de potasse, iode, soufre, acide salicylique, etc. Ces topiques ne sont pas, dans ce cas des parasitocides purs; ce sont surtout des éliminateurs, des décapants. Malheureusement, il n'est pas toujours possible de faire éliminer à volonté l'épithélium des culs-de-sac glandulaires et des cavités pilaires, comme on le fait pour la couche cornée plane; c'est là, d'ailleurs, la difficulté qui s'attache à la guérison radicale de plusieurs dermatomycoses.

Les méthodes thérapeutiques du pityriasis versicolore, en cours aujourd'hui, se résument en décapage et emploi de parasitocides:

1° *Décapage.*

Parmi les divers médicaments employés à cet effet, notons:

- a) Le savon mou de potasse ou le savon ponce fin.
- b) L'alcool salicylé à 4%.
- c) L'alcool iodé à 1%.

- d) La pommade acide à base d'acide salicylique à 5% et d'acide benzoïque à 10%.

2° *Emploi de parasitocides.*

Toute une gamme de substances est employée. Mentionnons parmi celles-ci :

- a) La teinture d'iode, ou l'alcool iodé à 1%.
- b) Les pommades soufrées à 3% ou 6%.
- c) Les pommades au calomel ou à l'acide salicylique à 5% ou 10%.
- d) La pommade aux sulfates de zinc et de cuivre à 1%.
- e) La pommade à la chrysarobine (0,10 à 1%).
- f) Les solutions ou pommades à base d'iode ou d'éosine (0,50% ou 1%).

Quelques auteurs font précéder les applications de ces dernières substances par des savonnages à l'eau chaude avec un savon ponce fin. D'autres les complètent par quelques bains sulfureux avec frictions savonneuses.

Pour éviter les récidives, qui sont toujours à craindre, on fait suivre le traitement pendant plusieurs semaines après guérison apparente, et on conseille de désinfecter les vêtements de corps.

Notons enfin l'emploi des rayons ultra-violets, qui est surtout fait à l'étranger. Ces rayons semblent agir

surtout comme exfoliants; on leur reproche l'inconvénient de produire des leucomélanodermies inesthétiques. On s'en sert aussi pour traiter les taches dépigmentées produites par un pityriasis versicolore achromiant qui peuvent persister après la disparition du parasite. C'est ainsi que Rivas Cabello et ses collaborateurs frictionnent les zones décolorées avec un tampon de coton imbibé d'essence de bergamote, et les soumettent à des irradiations ultra-violettes de manière à obtenir des réactions cutanées intenses. La repigmentation serait obtenue après quatre séances faites à une semaine d'intervalle.

Pour obtenir une cure radicale, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'examen histologique ne trouve nulle trace de parasite, il nous paraît indispensable d'hospitaliser le malade. Les guérisons sont alors plus sûres et plus complètes, quelle que soit la méthode employée. Mais, étant donné l'impossibilité d'immobiliser un malade à l'hôpital pour pityriasis versicolore, le traitement externe de consultation est le seul employé en pratique. C'est pourquoi nous voulons répandre celui dont nous nous sommes servi.

METHODE THERAPEUTIQUE

PAR LE SAVON NAPHTOL SOUFRE

Nous employons le savon naphtol soufré préparé par M. Vigier. Ce n'est en somme qu'un simple savon de potasse, dans lequel le soufre et le naphtol se trouvent sous la forme de sulfure et naphtolate de potassium.

La technique à suivre est très simple:

1° Tous les soirs en se couchant, bien se savonner les parties atteintes et laisser la mousse sécher sur place.

2° Tous les matins, au lever, nouveau savonnage. Cette fois-ci on rince la mousse avec de l'eau comme l'on fait d'habitude.

Faire ce traitement tous les jours jusqu'à guérison apparente; ensuite, pendant au moins les trois semaines qui suivent cette guérison, ceci dans le but d'éviter autant que possible les repullulations. On peut conseiller la désinfection des sous-vêtements en même temps.

OBSERVATIONS

1° M. R. P., âgé de 40 ans, vient consulter le 13 septembre 1937, pour des lésions de purigo localisées aux emmanchures antérieures, aux avant-bras, aux poignets et au scrotum. Il présente en même temps des taches de pityriasis versicolore, couleur jaune chamois, squameuses, de dimensions moyennes, variant entre celles d'une pièce de cinquante centimes et de deux francs, et localisées aux régions médio-thoracique et péri-ombilicale.

On l'envoie tout de suite à la frotte pour sa gale, et on lui prescrit le savon naphthol soufré pour son pityriasis.

Le 27 septembre, on constate la disparition totale de squames et de pigmentation, sauf au niveau des localisations galeuses. Il prétend avoir été guéri du pityriasis huit jours après avoir commencé le traitement. On lui conseille de continuer l'emploi du savon pendant au moins deux semaines encore, et de retourner nous voir si l'affection réapparaît.

2° M. R. M., âgé de 26 ans, se présente à son retour de vacances, le 13 septembre 1937, superbement bruni, sauf au niveau de la partie gauche de la poitrine

et de l'épaule du même côté, où l'on voit de gros placards à contours polycycliques, achromiques, et séparés entre eux par des espaces de peau hyperpigmentée. Le signe du copeau est nettement positif au niveau des lésions décolorées.

Après quinze jours de traitement par le savon naphthol soufré, il vient nous revoir le 27 septembre. Les taches n'ont plus de squames, mais gardent la coloration achromique qui apparaît déjà moins prononcée; mais il faut remarquer que l'hyperpigmentation de la peau saine environnante a diminué beaucoup. Tout de même, le malade croit que les plaques ont maintenant une coloration plus proche de la normale. Il part continuer son traitement selon les recommandations que nous faisons systématiquement.

3° Mlle E., âgée de 22 ans, présente, vers la fin de septembre 1937, des taches brunâtres, finement squameuses, de dimensions variables, environ celle d'une pièce de cinquante centimes, localisées au niveau de l'épaule droite et de la partie supérieure droite de la poitrine. Le signe du copeau est très net à leur niveau.

Nous lui recommandons l'usage du savon naphthol soufré, et au bout d'une semaine, toutes ses lésions sont complètement disparues. Elle continue le savonnage pendant trois semaines, et à la date du 9 novembre, aucune récurrence ne s'est produite.

4° M. B... se présente le 27 septembre avec des lésions squameuses, de couleur café au lait foncé, et disséminées sans ordre dans toute la région gauche du thorax. A la curette, on enlève le copeau épidermique caractéristique.

On lui ordonne le savon naphtol soufré. Il ne peut retourner nous voir à l'hôpital que le 18 octobre. La guérison est complète à ce moment-là. Il n'y a plus de traces de lésions ni de pigmentation. Il est intéressant de remarquer à son sujet qu'il a cessé de se savonner aussitôt que ses plaques ont disparu, c'est-à-dire, après quelques jours de traitement seulement. Néanmoins, on lui dit de suivre les applications pendant quelques semaines et de revenir nous trouver si les lésions réapparaissent.

5° M. F... vient nous consulter le 4 octobre pour des lésions érythémato-squameuses de la joue gauche, du menton et de la région médio-thoracique. On découvre, en plus, plusieurs taches squameuses et pigmentées en brun à la partie supérieure du dos et à la base de la nuque. Le grattage à ces endroits nous donne un signe du copeau classique.

On lui donne le traitement habituel des eczématides par les décapants et les réducteurs (ichtyol), et on lui prescrit, d'autre part, le savon naphtol soufré pour son pityriasis. On l'attend vainement pendant plusieurs semaines pour voir les résultats obtenus, et ce n'est que le 29 octobre qu'il nous envoie une lettre s'excusant de ne pas avoir pu revenir à l'hôpital, et affirmant que toutes ses lésions étaient complètement guéries depuis plus d'une semaine.

On lui répond en lui conseillant de continuer l'emploi du savon naphtol soufré pendant une quinzaine de jours comme mesure de précaution.

6° M. G..., âgé de 30 ans, vient le 4 octobre aussi, avec des plaques achromiques, très peu squameuses, de dimensions très variées, et disséminées à toute la face

antérieure du thorax et de l'abdomen, aux épaules et aux parties supérieures des deux bras. Le signe du copeau est caractéristique à leur niveau.

Le savon est appliqué comme d'habitude. On le revoit le 18 octobre; à ce moment, il n'y a plus de squames sur les lésions, et selon les dires du patient, elles seraient tombées après dix jours de traitement. Néanmoins, l'achromie persiste, aussi accentuée qu'au moment de sa première visite. On ne manque pas de lui donner les conseils habituels pour éviter les récides.

7° M. H..., âgé de 28 ans, consulte le 27 septembre pour un pityriasis versicolore achromique, à taches multiples, squameuses et très différentes en grandeur. Elles s'étendent sur toute la région thoracique, les épaules et le dos. On remarque aussi des taches plus petites, grosses comme des haricots, squameuses, brunâtres, et siégeant à la région péri-ombilicale. Le signe du copeau ne manque pas à leur niveau.

Il se plaint en outre d'une sensation prurigineuse des régions anales et inguinales. On découvre des placards d'intertrigo à ces endroits.

Sa prescription comporte l'alcool iodé à 1% pour ses lésions intertrigineuses, et le savon naphtol soufré pour son pityriasis versicolore.

Un mois plus tard, le 25 octobre, il revient nous voir. Ses lésions pityriasiques colorées ont complètement disparu. Les taches achromiques persistent, mais il n'y a plus de squames, sauf quelques-unes très rares au niveau du dos. (On peut expliquer leur présence par une application défectueuse du savon aux régions dorsales.) Son

intertrigo, qui avait guéri, est réapparu; c'est grâce à lui qu'on a pu revoir le malade. Remarquons, enfin, qu'il prétend que les squames des lésions achromiques sont tombées en même temps que les plaques pigmentées disparaissaient, et ceci dans l'espace d'une semaine à peu près.

Les mêmes indications d'usage contre de nouvelles poussées lui ont été faites.

8° M. B. R., étudiant en pharmacie, âgé de 28 ans, était désespéré avec un pityriasis versicolore à plaques pigmentées et dépigmentées du thorax et du dos qui datait de trois ans. Il avait tout essayé, et c'était avec l'alcool iodé qu'il avait réussi parfois à le faire disparaître. Non seulement ces résultats étaient longs à acquérir, mais les lésions réapparaissaient toujours assez vite.

Il vient nous voir le 18 octobre. Il essaie pendant la semaine qui suit le traitement par le savon naphthol soufré, et revient le 25 octobre nous dire qu'en quatre jours il avait été complètement blanchi.

Il repart très content continuer le traitement pendant trois semaines, avec l'espoir de voir son pityriasis disparaître pour toujours.

CONCLUSIONS

1° Le pityriasis versicolore, épidermomycose fréquente, nous a paru, surtout sous sa forme typique, assez tenace et rebelle aux traitements ordinairement employés aux consultations externes des hôpitaux. Ces traitements réussissent après une période plus ou moins longue d'applications continues, et encore, les récidives sont fréquentes.

2° Le savon naphтол soufré nous a donné des résultats très encourageants à cet égard. Nous répétons tout de suite que, vu la difficulté de suivre de près les malades externes, nous n'avons pu que constater l'efficacité de la méthode en ce qui concerne le blanchissement rapide et efficace de la maladie. Il nous est permis, néanmoins, d'espérer qu'avec les conseils prophylactiques que nous donnons, les récidives soient évitées autant qu'on puisse le faire. Nous avons remarqué à ce sujet, qu'aucun des malades traités n'est revenu nous voir avec de nouvelles poussées.

3° Non seulement le traitement nous a donné des résultats rapides, mais son application est d'une telle simplicité, et il est si peu coûteux, que sa vulgarisation nous a semblé nécessaire.

4° Nous insistons sur le fait que les lésions achromiques ne sont pas recolorées par cette thérapeutique. Leur coloration revient spontanément après la chute du parasite; faute de quoi, on pourra avoir recours aux méthodes photothérapiques ou autres de repigmentation actuellement en usage.

5° L'occasion nous a fait défaut pour étudier lequel des deux produits, soufre ou naphtol, doit être considéré comme l'agent efficace. Il nous semble, toutefois, que tous les deux sont actifs; soit par leur action parasiticide, soit surtout par leur action éliminatrice et décapante, renforcée d'ailleurs par l'association au savon de potasse.

6° On voit que des recherches futures dans cette ligne sont possibles. Parmi celles-ci, il y en a une qui nous paraît d'une importance capitale: c'est l'application de ce traitement à d'autres dermatomycoses, comme l'érythrasma, l'eczéma marginé de Hebra. et même les trichophyties.

Vu: *Le Président de Thèse,*
H. GOUGEROT.

Vu: *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AGRONIK, M. A. — Sulphur in the treatement of Pityriasis Versicolor and Eythrasma in its early stages; clean, easy, and inexpensive method. *Venerology and Dermatology*. March 1930, p. 41-46.
- BAZIN. — Affections cutanées parasitaires. Paris, 1858, p. 208.
- BALZER, F. — Le pityriasis versicolor et l'érythrasma. *Journal de Médecine Interne*. Paris, 1902, VI, p. 101-103.
- BEAUREGARD, A. — Du pityriasis versicolor. In-4, Strasbourg, 1868.
- BESNIER ET BALZER. — Le pityriasis versicolore. *Gazette Hebdomadaire de Médecine*. Paris, 1882, 2S, XIX, p. 326-341.
- CASTELLANI, A. — Tropical forms of pityriasis versicolor. *British Medical Journal*. London, 1905, II, p. 1271.
- DE MOLENES P. ET COSTILHES J. — Pityriasis versicolor, pathogénie, traitement. *Archives générales de Médecine*. Paris, 1891, II, p. 385-406.
- FREUND, E. — Rapid and Convenient method of cure of pityriasis versicolor. *Dermosifilografo*, April 1927, p. 179-181.
- HARDY, P. — Maladies de la Peau. Paris, 1860, p. 188.

- GOUGEROT, H. — Pityriasis versicolor atypique. Les erreurs avec la syphilis (petite clinique). *Presse Médicale*, 7 mai 1932, N° 37, p. 743.
- GOUGEROT, LORTAT JACOB, BURNIER, BLUM, MEYER ET SAIDMAN. — Achromies parasitaires, ou mieux épidermomycoses achromiantes. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*. 1929, N° 8, p. 1027.
- GOUGEROT H. ET LORTAT JACOB, E. — Pityriasis versicolor achromiant d'emblée, tardif, extensif, abortif, s'arrêtant, puis guérissant sans traitement. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*. Déc. 1935, p. 1795-1800.
- JAUSION, MOROSOFF ET ALESON. — Le pityriasis versicolor, étiologie, pathogénie. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*. Déc. 1934, p. 1866-1876.
- JANSELME. — Achromie de la face et du cou à recrudescence estivale. *Cours de Dermatologie exotique*. Paris, 1904, p. 239.
- KISTIAKOWSKY, E. W. — L'achromie des rayons ultraviolets du soleil. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*. Déc. 1930, p. 1264-1276.
- LORTAT JACOB ET LEGRAIN. — Pityriasis versicolor. *Progress Medical*. Paris, 1923, 3 S, XXXVI, p. 325.
- MASSIA G. ET ROUSSET J. — Histopathologie du pityriasis versicolor. *Revue Française de Dermatologie et de Vénérologie*. Février 1930, p. 68-72.
- PIERY ET RENOUX. — Le pityriasis versicolor dermatomycose tuberculeuse. *Lyon Médical*, 1906, CVI, p. 104-108.

PIGNOT, A. — Pityriasis versicolor. *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*. Paris, 1885, 2^e série, tome 25, p. 480.

RIVAS CABELLO E. Y GALLEGO CALATAYUD S. — El método fototerapico de Uhlmann en el tratamiento de las acromias por pityriasis invertita. *Actas dermo-sifilograficas*. Nov. 1933, p. 138-140.

ROCERETO, G. — Il Solfuro di Potassio nella cura della pityriasis versicolor. *Progresso Medico*, Napoli, 1894, VIII, p. 222.

SOBEL, J. — Pityriasis versicolor, with special reference to Allen's iodine test. *Philadelphia Medical Journal*, 1901, VII, p. 1061.

WILLAN, R. — On Cutaneous Diseases. London, 1808 tome I, p. 194.

